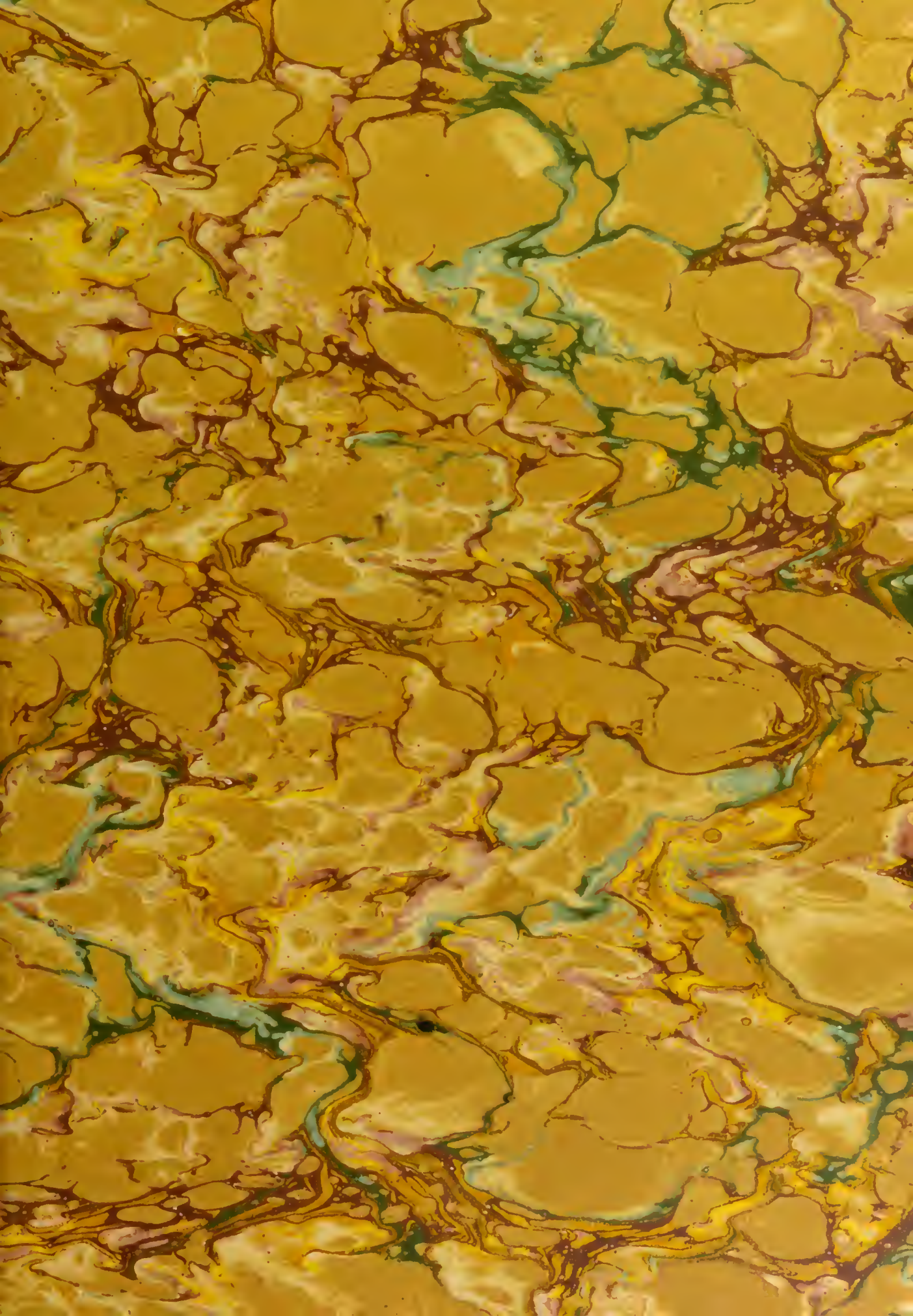


SuPP 59,402/B

N° 282.

DISSERTATION

MÉDICO-CHIRURGICALE

SUR LA PALATO-LARYNGITE

(ANGINE GUTTURALE, ETC., DES ANCIENS);

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 décembre 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR MICHEL-VICTOR GUIGRAND, de Crozet,

Département de l'Ain;

Ancien Élève de l'Ecole pratique; Membre de plusieurs Sociétés savantes.

.....Labor omnia vincit
Improbus.....
...Miseris succurrere disco.
VIRGILE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.

	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Andral.	Gibert.
Avvers.	Gerdy.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur.*
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Danck.	Rathbau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

AUX MÂNES DU VERTUEUX ET BIENFAISANT

JEAN-PIERRE CROUZET, MON ONCLE,

Notaire à Saint-Jean-de-Gonville (Ain).

A SES DIGNES DEMOISELLES,

JOSÉPHINE-HÉLOÏSE ET VICTOIRE CROUZET.

A MONSIEUR LE CHEVALIER RICHERAND,

Professeur d'opérations de chirurgie à la Faculté de Médecine de Paris; Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis; Chirurgien consultant du Roi, et des maisons de la Légion-d'Honneur; Commandeur et Chevalier de plusieurs ordres nationaux et étrangers; Membre de plusieurs académies, etc., etc.

Hommage de respect, d'amour et de reconnaissance.

M.-V. GUIGRAND.

DISSERTATION

MÉDICO-CHIRURGICALE

SUR LA PALATO-LARYNGITE

(ANGINE GUTTURALE, ETC., DES ANCIENS).

D'APRÈS son étymologie grecque, αγχω, latine, *ango*, le mot angine signifie *resserrement, suffocation, étranglement;* mais, aujourd'hui, les auteurs désignent plus particulièrement sous ce nom un état plus ou moins inflammatoire des organes de la déglutition, du larynx et de la trachée-artère.

Les anciens auteurs, et *Boërhaave* entr'autres, admettaient un grand nombre d'angines.

Après en avoir établi plusieurs classes, subdivisées en espèces, suivant le siége, l'intensité et la terminaison, ces auteurs les spécifiaient encore selon qu'elles étaient compliquées avec les divers genres de fièvres ou de phlegmasies; c'est pourquoi ils ont décrit les différentes espèces d'angines que nous allons indiquer, en les caractérisant d'une manière distinctive et en leur assignant des dénominations particulières.

1°. L'angine du gosier, *angina faucium, angina tonsillaris,* de SAUVAGES et CULLEN; *quintæ speciei,* de BOERHAAVE. L'inflammation était-

elle violente, ils l'ont appelée *esquinancie pharyngée*, *cynanche pharyngea*.

2°. L'angine du larynx et de la trachée-artère, *angina trachealis latens, seu interna*; *cynanche trachealis*, de SAUVAGES; *primæ speciei*, de BOERHAAVE.

3°. L'angine du larynx, de la trachée-artère et des poumons, appelée *croup* ou *angine membraneuse*, *cynanche trachealis*, de CULLEN; *angina polyposa sive membranacea*.

4°. L'angine externe, les ourles ou oreillons, *cynanche parotidea*, de SAUVAGES et CULLEN; *angina externa*, de RUSSEL.

5°. L'angine scarlatineuse, quand elle est accompagnée de la fièvre scarlatine.

6°. L'angine gangréneuse ou maligne, *angina maligna ulcerosa*, de FOTHERGIL; *morbus strangulatorius; epidemica gutturis lues; pestilens faucium affectus*, concomitante de la fièvre typhode, ataxique, le plus souvent épidémique.

7°. L'angine sèche, ainsi nommée par *Boërhaave* et son commentateur, qui l'ont observée à la suite de maladies chroniques.

8°. L'angine syphilitique, produite par la maladie vénérienne.

9°. L'angine squirrheuse, occasionnée par des irritations souvent répétées, d'après *Van-Swiéten*, qui en cite plusieurs exemples.

10°. L'angine œdémateuse, *angina aquosa*, *œdematosa*, *catarrhosa tenuis*, de BOERHAAVE; engorgement séreux ou séro-purulent du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx.

11°. Les maladies nerveuses, caractérisées par la gêne de la respiration et de la déglutition, sans caractères inflammatoires, ont été rangées parmi les angines; on les a appelées *angines nerveuses*, *paralytiques*, *convulsives*.

Quoiqu'on rencontre plusieurs exemples de cette espèce d'angine nerveuse dans les écrits d'*Hippocrate*, de *Celse*, de *Quarin* et de *Van-Swiéten*, les modernes, et entr'autres le Prussien *Eller*, médecin distingué, avouent ne l'avoir jamais observée dans leur pratique.

Les modernes n'ont point admis ces différentes distinctions, et je

pense, dit l'immortel auteur de la Nosographie philosophique, que si l'on ne veut point anticiper sur les faits observés, on doit se borner à admettre l'angine qui affecte le pharynx ou les amygdales, et celle qui attaque le larynx et la partie supérieure de la trachée-artère, soit avec formation d'une concrétion albumineuse, soit sans cette concrétion.

Il est évident, d'après cette division claire et exacte, que *Pinel* ne considérait les différentes espèces d'angines que les auteurs avaient décrites et admises que comme différens degrés de la même maladie, opinion que nous adoptons avec lui; mais comme il résulte de la définition que nous avons donnée du mot *angine*, que cette dénomination n'exprime qu'un symptôme consécutif et souvent secondaire de la maladie, qui, ainsi que nous l'avons dit, est une inflammation à des degrés et à des états différens, nous ne pensons pas déroger à la division qu'a faite le nosographe, en proposant, par imitation de *Broussais* dans son immortel Traité des phlegmasies chroniques, et d'après *Roche* et *Sanson*, de substituer aux anciennes dénominations les dénominations suivantes, tirées soit du latin, soit du grec, parce qu'en ajoutant, soit à la terminaison *te* ou *ite*, soit à la dénomination elle-même, l'idée d'inflammation ou d'irritation, ou, si l'on veut, en convenant de leur accorder la signification d'inflammation ou d'irritation, elles nous paraissent plus propres à peindre la nature et le siége de la phlegmasie qui nous occupe, savoir :

1°. *Palatite*, quand la phlegmasie occupe le voile du palais, ses piliers et les amygdales.

2°. *Pharyngite*, quand elle occupe le pharynx.

3°. *Palato-pharyngite*, quand elle siége sur le voile du palais, ses piliers, les amygdales et le pharynx.

4°. *Laryngite*, quand elle occupe le larynx.

5°. *Trachéite*, quand elle siége sur la trachée-artère.

6°. *Laryngo-trachéite*, quand elle affecte le larynx et la trachée-artère.

7°. Enfin, construisant ainsi les dénominations relatives aux or-

ganes les plus importans ou le plus souvent affectés ensemble et primitivement, *palato-laryngite*, même les deux extrêmes, *palato-trachéite*, on désignerait l'affection simultanée de tous les organes sus-énoncés.

Mais, nous dira-t-on, ces dénominations, tout en indiquant d'une manière plus ou moins exacte le siége et la nature de la phlegmasie, n'apprennent rien sur ses différens modes d'être; nous en convenons, et c'est pourquoi nous pensons qu'en ajoutant à chaque dénomination les épithètes *aiguë*, *chronique*, *intermittente*, etc., suivant que la maladie affecte un de ces types; *pultacée*, *œdémateuse*, *pseudo-membraneuse*, *gangréneuse*, etc., selon qu'elle offrirait l'un de ces états; ce qui donnerait, dans les cas nécessaires, les dénominations composées ci-après :

1°. *Palato-laryngite aiguë*, *chronique*, etc.

2°. *Palato-laryngite caséiforme*, avec production d'une matière analogue à du fromage.

3°. *Palato-laryngite pultacée*, avec sécrétion d'une matière analogue.

4°. *Palato-laryngite œdémateuse*, avec infiltration séreuse, purulente ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux.

5°. *Palato-laryngite pseudo-membraneuse*, avec production d'une fausse membrane.

6°. *Palato-laryngite gangréneuse*, quand la phlegmasie aurait ou menacerait d'avoir cette terminaison.

7°. Etc., etc.

Nous pensons, disons-nous, qu'en consacrant ces dénominations dans le langage de la science, on pourrait, par leur usage, représenter d'une manière organo-pathologique, plus utile et plus exacte, les différens types et degrés de la même maladie, en réservant, toutefois, la dénomination d'*angine* à cet état convulsif des mêmes organes sans caractère inflammatoire observé par *Hippocrate*, *Celse*, *Quarin* et *Van-Swiéten*, affection qui n'est pas aussi rare que le disent quelques modernes, et surtout le Prussien *Eller*, puisque, dans notre jeune âge, nous en avons subi les incommodités pendant dix-huit mois, et

connaissons quelques personnes qui, comme nous, l'ont éprouvée plus ou moins long-temps.

Il paraîtrait que cette maladie attaque surtout les jeunes sujets de l'un et de l'autre sexe d'un tempérament nerveux ou nervoso-sanguin qui perçoivent vivement toutes les impressions, qui approchent de l'époque de la puberté, ou qui l'ont franchie depuis peu. Toutefois, ce n'est pas que les autres âges ne puissent en être atteints, car nous avons eu occasion de l'observer sur un sujet de douze ans et sur un autre de vingt-cinq, mais nous pensons que l'adolescence en est plus fréquemment affectée.

Au reste, cette maladie, qui se déclare et finit avec la rapidité de l'éclair pour reparaître et disparaître de même par accès plus ou moins rapprochés dans le même jour ou à des époques plus éloignées, suivant les impressions plus ou moins agréables qu'a reçues le malade, c'est-à-dire tous les jours une fois, ou tous les deux jours une ou plusieurs fois, consiste, comme nous l'avons dit plus haut, d'après *Hippocrate*, *Celse*, *Quarin* et *Van-Swiéten*, dans une contraction involontaire, subite et simultanée, sans caractères inflammatoires, des muscles du voile du palais, du pharynx et du larynx, d'autant plus pénible qu'elle se répète plus souvent, et qu'elle fait éprouver un sentiment de suffocation et de strangulation qui pourrait devenir funeste en déterminant l'asphyxie, si, après une ou deux minutes que dure un accès, composé de plusieurs séries de mouvemens spasmodiques pendant lesquels les mouvemens d'inspiration et d'expiration sont impossibles, l'air ne reprenait bientôt un libre accès dans les organes respiratoires.

Cette compagne incommode, et qui pourrait bien ne pas être sans danger, rend triste et rêveur le malade, le porte à rechercher avec empressement la société; aussi nous rappelons-nous que notre chère et tendre mère ne faisait pas un seul pas que nous ne fussions à ses côtés, et qu'il nous semblait que l'accès était moins fort et moins pénible lorsque nous en étions atteint auprès d'elle et au milieu de

ses caresses : c'est pourquoi nous saisissons avec un bien grand plaisir l'occasion de payer publiquement à cette bonne mère notre tribut de la plus vive et de la plus sincère reconnaissance, non-seulement pour tous ses soins empressés dans cette occasion, mais encore pour tous ceux qu'elle nous a prodigués pendant notre enfance, ainsi qu'à nos frères et sœurs.

Un régime adoucissant, l'exercice en compagnie, les distractions suivant les goûts du malade, qu'on se gardera bien de contrarier, éviter tout ce qui peut assombrir les idées, et tout travail sérieux de l'esprit, tels sont les moyens rationnels qui nous paraissent devoir être employés pour la curation de cette maladie, qui n'est probablement que symptomatique d'un état pathologique plus ou moins évident de l'origine des nerfs moteurs de ces organes ; et dans ce cas, les dérivatifs aux pieds, les révulsifs sur le tube intestinal, quand les voies digestives sont exemptes d'irritation, ainsi que les narcotiques et les antispasmodiques, pourraient être employés avec avantage. La saignée au pied, au bras ; les sangsues à l'anus, sur les côtés du cou, produiraient-elles de bons effets ? C'est ce que l'expérience n'a pas encore constatée; mais au moins est-il permis de présumer l'affirmative.

Revenons au sujet principal de notre dissertation, et disons que les différentes espèces d'angines admises par les anciens et par quelques pathologistes modernes ne seront par nous considérées que comme les différens degrés de la même maladie. En conséquence, nous allons nous occuper à décrire d'une manière générale la palato-laryngite aiguë, en négligeant l'histoire isolée de la palatite, de la laryngite, de la palato-pharyngite, de la laryngite, de la trachéite et de la laryngo-trachéite, bien qu'il ne soit pas très rare de rencontrer chacun de ces organes affecté séparément, parce que nous pensons qu'il sera facile de juger du plus au moins, et que d'ailleurs nous ne faisons en cela que suivre l'exemple de la plupart des auteurs, qui les ont collectivement décrites. Toutefois, nous chercherons à établir, d'après leurs observations et celles qui nous sont personnelles, le

traitement que chacun des états et des types qu'elle peut affecter réclame en particulier.

Palato-laryngite. Nous appelons *palato-laryngite* (*angine gutturale*, etc., des anciens, *angine couenneuse* ou *pseudo-membraneuse*, *angine pultacée* ou *caséiforme*, *dephthérite* des modernes, et en particulier de MM. *Guersent* et *Bretonneau*), l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le voile du palais, ses piliers, les amygdales, le pharynx et le larynx.

Causes. La palato-laryngite attaque plus particulièrement les jeunes gens, les individus d'un tempérament sanguin, et surtout les enfans jusqu'au terme de la troisième dentition; cependant aucun âge, ni aucun tempérament n'en sont exempts : toutefois, les vieillards en sont rarement affectés. Elle est produite par toutes les causes qui déterminent les autres phlegmasies des membranes muqueuses.

Hippocrate, qui a fait une description très-exacte de l'angine, l'a rangée au nombre des maladies printanières ou du printemps, saison pendant laquelle elle règne souvent épidémiquement.

Winslow a très-bien observé que les personnes cacochymes, pituiteuses, qui ont déjà été affectées de quelques catarrhes, ainsi que celles qui serrent habituellement leur cou par des cravattes, y sont prédisposées. Nous avons en ce moment l'exemple d'un individu qui, ayant eu d'abord une palato-pharyngite assez intense dont la résolution s'était bien opérée, a conservé une telle aptitude à contracter cette phlegmasie, qu'il en est atteint chaque fois qu'il se rase à l'eau froide ou qu'il dépose pour un instant sa cravatte.

Notre ami *Ferrier* de Libourne a remarqué que les personnes qui joignent au tempérament sanguin la brièveté du cou sont plus exposées que les autres à la contracter, toutes choses étant égales d'ailleurs.

Cette phlegmasie a été observée dans tous les pays, sous toutes les latitudes et dans toutes les saisons, mais plus particulièrement au

printemps et en automne, et dans les pays du nord, humides et voisins de la mer. On la voit quelquefois paraître par petits groupes, soit dans des familles, soit dans des pensionnats, et y moissonner quelques enfans sans s'étendre au-delà; d'autrefois, au contraire, elle dissémine ses ravages dans une grande étendue de pays, à la manière des phlegmasies épidémiques et meurtrières, comme nous avons eu l'occasion de l'observer. Quelques faits tendraient à faire croire qu'elle peut être contagieuse.

Causes occasionnelles. Les plus fréquentes sont : les vicissitudes subites de l'atmosphère, le froid humide, la suppression de la transpiration par un courant d'air froid et humide, et en particulier la refroidissement des pieds; l'état hygrométrique de l'air, l'accroissement subit et considérable de la chaleur, jointe surtout à une grande humidité; la suppression d'une évacuation sanguine habituelle, la répercussion d'un exanthème, les accès violens de colère, les boissons froides prises dans un moment où le corps est échauffé. Elle peut être produite par le contact immédiat d'un liquide trop chaud, trop stimulant, caustique, ou tenant en dissolution une substance vénéneuse irritante; par des gaz irritans, les exercices violens au milieu d'un air froid et mu rapidement, et enfin par le virus syphilitique.

Le docteur *Ferrier*, que nous avons déjà cité, en nous communiquant les observations qu'il a faites pendant ses voyages en Amérique, en Afrique et dans les Indes, nous dit que sur mer, où la palato-laryngite règne souvent épidémiquement, et exerce des ravages effrayans, une des causes occasionnelles les plus puissantes était la trop petite quantité d'eau douce qu'on distribue à bord des bâtimens, et à plus forte raison la privation ou le manque de ce fluide; mais alors ce qu'il y a de remarquable, c'est que les marins cherchent à se désaltérer en mâchant du tabac : ce moyen, qui effectivement appaise momentanément les ardeurs de la soif, devient ensuite une cause déterminante, en irritant la muqueuse de la bouche, et en excitant les glandes salivaires. L'usage des viandes salées, surtout sous des zones brûlantes,

est compté par cet observateur comme une des causes propres à la développer.

Symptômes. L'invasion de cette phlegmasie se fait ordinairement d'une manière brusque, quelquefois précédée par un ou plusieurs accès de fièvre; il arrive souvent qu'elle se borne à un seul côté, et semble arrêtée par la ligne médiane.

La membrane muqueuse présente de la rougeur et du gonflement. Le malade dit éprouver un sentiment d'ardeur, avec tension et sécheresse très-pénibles dans la gorge; allongement de la luette, qui, par le chatouillement qu'elle produit sur la base de la langue, provoque des mouvemens continuels de déglutition, des nausées et quelquefois de la toux; déglutition difficile, particulièrement pour les liquides, et surtout pour la salive: la sécrétion muqueuse, d'abord supprimée, se rétablit, augmente, et devient filante et visqueuse.

Les amygdales, ordinairement gonflées quand elles sont le siége principal de l'inflammation, sont souvent recouvertes d'une couche de mucus grisâtre, ou parsemées de concrétions blanchâtres sébacées, que l'on a quelquefois prises, faute d'un examen attentif, pour des ulcérations; les parties environnantes se tuméfient également d'une manière visible au-dehors, d'où un rétrécissement du gosier, qui gêne la respiration et rend parfois la suffocation imminente; la voix est nasonnée, et souvent l'émission des sons impossible; on voit quelquefois la tuméfaction envahir le cou et s'étendre jusqu'à la partie inférieure de la poitrine, et souvent, comme l'ont observé *de Hérédia* et *Fothergil*, les parotides acquièrent un volume considérable, deviennent très-douloureuses, et s'abcèdent.

Plus ou moins fréquemment, plus ou moins rapidement, il survient sur les amygdales, le voile du palais et le pharynx, de petits point blanchâtres d'un aspect lardacé, qui s'étendent, se réunissent, pour former des plaques plus ou moins grandes, plus ou moins régulières, et envahissent ainsi quelquefois le pharynx, les fosses nasales, le larynx et la trachée-artère.

Quelquefois la respiration reste libre, la voix n'est point altérée, mais la déglutition est très-douloureuse et difficile, d'autres fois elle est presque impossible, à cause de l'inflammation des agens même de cette fonction; alors les alimens solides et liquides rétrogradent, et reviennent par les narines.

Il découle parfois du nez un liquide jaunâtre et sanguinolent, d'une odeur *sui generis*, qu'on a comparée à celle qu'exhale le sperme; les gencives sont saignantes comme quand elles sont affectées de scorbut, et offrent l'aspect de cette maladie; la bouche répand, chez la plupart des malades, une odeur infecte, analogue à celle de la carie des dents: cette odeur est en général rare chez les enfans; le malade offre souvent un état de somnolence tel, qu'il n'en sort que par les secousses de toux, qu'on a quelquefois vues provoquer des épistaxis.

Marche, durée, terminaison et prognostic. La durée de la palato-laryngite, qui n'est quelquefois que de quatre jours, excède rarement la quinzaine, à moins qu'elle ne soit très-légère. Cette phlegmasie est toujours accompagnée de symptômes généraux, et la fièvre est toujours en raison des symptômes locaux, à moins qu'il n'y ait complication de la phlegmonie d'un ou de plusieurs organes plus ou moins importans, ce qui doit faire varier et la gravité et le prognostic.

Le pouls, qui est plus ou moins dur, plus ou moins développé et fréquent, suivant que la phlegmasie est ou n'est pas compliquée, offre souvent de la dépression et quelquefois de la petitesse; la céphalalgie est plus ou moins intense, et quelquefois n'existe pas; lorsque l'inflammation est portée à un haut degré, la face devient rouge et gonflée, et les yeux étincelans comme dans la strangulation.

La maladie prend-elle une une tournure favorable, la résolution ne se fait pas long-temps attendre: le gonflement, la gêne de la déglutition et de la respiration diminuent; ordinairement, du quatrième au cinquième jour, les parties affectées sont revenues à leur état naturel, s'humectent d'un mucus écumeux et limpide; cette excrétion prend ensuite le caractère d'une expectoration catharrale; sou-

vent il se manifeste quelques crises : une hémorrhagie nasale chez les jeunes gens, l'apparition des menstrues chez les femmes, et le flux hémorroïdal chez quelque individus.

Le cercle rouge qui environne les plaques augmente d'étendue ; tantôt ces plaques s'exfolient, se détachent en lambeaux, et sont rejetées par le vomissement ou pendant des quintes de toux ; tantôt, au contraire, les plaques couenneuses adhèrent intimement à la membrane muqueuse, et semblent usées et résorbées par degrés, de sorte qu'elles passent de la couleur lardacée au blanc clair, deviennent transparantes au point de laisser apercevoir au-dessous d'elles la membrane muqueuse comme à travers une gase ; enfin elles disparaissent complètetement sans signes d'exfoliation remarquables. C'est pendant une grande partie de cette période que la voix est rauque, sibilante, en un mot, *croupale*, comme l'ont appelée les auteurs, pour ensuite reprendre, par degrés plus ou moins rapides, après la disparition successive de ces symptômes, son timbre naturel. Mais en est-il toujours ainsi ? Nous ne le pensons pas, car nous avons l'exemple du contraire dans mademoiselle P..... de B.... S... L.... (Ain), qui, après avoir été atteinte d'une palato-laryngite pseudo-membraneuse, a conservé pendant deux ans et demi, si nous nous le rappelons bien, la voix rauque et sibilante, avec le sentiment d'un corps étranger dans l'œsophage, qui lui rendait la déglution tellement difficile, qu'au bout de ce temps elle est morte au dernier degré de marasme. Les amygdales étaient peu tuméfiées. La persistance de ces funestes symptômes était-elle due à la non résorption de la pseudo-membrane du larynx, de la trachée-artère et de l'œsophage, ou bien à l'épaississement ou à l'induration de la membrane-muqueuse de ces organes ? C'est ce que je ne me permettrai pas de décider, n'ayant pas été à même de le vérifier sur le cadavre, et dans ce cas il me suffit de rapporter le fait.

Pendant le travail de l'exfoliation ou de la résorption de la fausse membrane, toutes les parties visibles à l'œil ont repris une couleur rose un peu plus vive que celle qu'on observe au début de la maladie ; cette teinte disparaît ensuite peu à peu, et la membrane muqueuse

revient à son état naturel ; mais souvent, après la guérison, la luette et les amygdales sont diminuées de volume, et comme rétractées sur elles-mêmes. (Dictionnaire de médecine, tome 2, page 379 et suivantes.

Ces symptômes varient suivant que l'affection est bornée au voile du palais et ses piliers (palatite), aux amygdales (amygdalite), au pharynx (pharyngite), au voile du palais, aux amygdales et au pharynx en même temps (palato-pharyngite), au larynx (laryngite), à la trachée-artère (trachéite), au larynx et à la trachée-artère (laryngo-trachéite), à tous ces organes simultanément (palato-laryngite ou palato-trachéite), et que les symptômes inflammatoires sont intenses ou peu prononcés

M. *Guersent* a fait de ces différences autant de variétés de la maladie, sous les noms d'*angine couenneuse pharyngienne*, d'*angine laryngienne couenneuse*, et *laryngo-trachéale*, qu'il partage en *sthéniques* et *asthéniques*.

Ce docte médecin a encore décrit, sous le nom d'*angine pultacée* ou *caséiforme*, la palato-laryngite, avec concrétion du mucus sous forme de suif et de fromage.

Nous regardons, avec MM. *Roche* et *Sanson*, la distinction qui attribue quelques-unes de ces affections à la force (sthéniques) et les autres à la faiblesse (asthéniques) comme peu fondée. Ainsi qu'à ces pathologistes, la nature de la maladie nous paraît être la même dans les deux cas, ce sont les individus qui diffèrent : chez les uns, la réaction a pu s'opérer ; chez les autres, elle ne l'a pas pu ; et il répugne à la raison et à la physiologie, ajoutent MM. *Roche* et *Sanson*, d'admettre que des fausses membranes semblables, qu'un même travail morbide, soient ici le résultat d'une augmentation de l'action vitale, et là d'une diminution de cette même action.

Les amygdales suppurent plus souvent que les autres parties. L'inflammation a-t-elle été intense, les symptômes locaux persévèrent après le premier septénaire ; la fièvre continue, mais à un degré moindre ; le gonflement persiste, augmente même quelquefois ; le malade éprouve des frissons ; la peau est chaude, halitueuse ; le pouls

dur, ondoyant, développé, accéléré et quelquefois intermittent ; des battemens plus ou moins forts, des douleurs aiguës, lancinantes ou pongitives se font sentir ; un abcès se forme dans le tissu des parties ; la vue, mais plus particulièrement le toucher en donnent l'assurance et la certitude; la formation du pus est prompte; l'abcès s'ouvre, se vide et suppure, et la maladie se termine ordinairement au bout de quelques jours.

Quelquefois on a vu la tumeur disparaître comme tout à coup; mais ce n'est le plus souvent que l'indice d'une métastase sur le cerveau ou la poitrine, et quelquefois sur d'autres organes plus ou moins prédisposés, presque toujours suivies d'accidens graves.

Les personnes qui ont été souvent affectées de la palato-laryngite sont par cela seul plus exposées à la terminaison de la maladie par induration, rare pour la pharyngite isolée, et assez fréquente pour la palatite (angine tonsillaire des anciens).

Dans le premier cas, les symptômes sont à peu près les mêmes que pour le squirrhe du pharynx, et nous pensons que très-souvent la pharyngite et la palato-laryngite ne sont que des causes occasionnelles de cette maladie ainsi que de la phthisie laryngée.

Les symptômes inflammatoires dissipés, il reste de la difficulté dans la déglutition des alimens solides; le malade a le sentiment d'un léger obstacle dans l'œsophage, et peut indiquer le lieu ou s'arrête le bol alimentaire; cet état persiste quelquefois plusieurs années; alors le calibre de l'œsophage se rétrécit peu à peu, et il arrive un instant où le passage de la plus petite quantité d'alimens solides est impossible; enfin, il finit par arriver à un tel point de rétrécissement, que les liquides mêmes ne peuvent plus passer, et le malade parvient par degrés au plus affreux marasme; comme nous l'avons déjà dit au sujet de l'exemple que nous avons rapporté plus haut, page 15.

Lorsque la palato-laryngite se termine par induration, il reste une légère tuméfaction de quelques glandes; cette tuméfaction prédispose à contracter de nouveau la maladie, qui, en se manifestant

souvent, amène le volume des amygdales à ce point que la respiration et la déglutition sont continuellement gênées ; alors la résection des tonsilles est indispensable.

On a remarqué que les individus affectés de syphilis ou de dartres voient souvent la palato-laryngite passer à l'état chronique.

La terminaison par la gangrène, occasionnée par la violence de l'inflammation et peut être par d'autres causes qu'il ne nous est pas donné d'apprécier, s'annonce en général par une série de phénomènes caractéristiques qui n'ont point échappé à *Rammazzini*, *Chomel*, et surtout à *Fothergil*, qui les a signalés avec une rare exactitude, et c'est dans son excellent ouvrage, traduit de l'anglais par *La Chapelle*, en 1769, qu'on peut les étudier avec fruit.

Alors quelques-uns des symptômes que nous avons précédemment étudiés disparaissent, d'autres diminuent et les autres s'aggravent. Enfin il en survient qui sont les avant-coureurs presque certain de cette funeste terminaison, qu'on voit ordinairement s'annoncer par des frissons, la pesanteur et la douleur de tête, l'oppression précordiale, des vomissemens, la disparition subite de la rougeur et du gonflement, avec persistance d'une douleur légère à la gorge, accompagnée d'enrouement et de roideur dans le cou ; par un abattement extrême, accompagné d'insomnie et de délire, ordinairement taciturne ; cependant il y a quelquefois beaucoup d'agitations et de soubresauts des tendons ; la peau est sèche et rude ; par la couleur des parties de plus en plus pâle, puis grisâtre, brune, violacée, et enfin noirâtre. Alors la respiration devient difficile, avec une espèce de râlement. Comme dans la palato-laryngite, pseudo-membraneuse, la voix est rauque et creuse, et ressemble assez bien à celle des personnes qui ont d'anciens ulcères vénériens à la gorge. On remarque quelquefois une expuition de mucosités fétides et purulentes ; d'autrefois, un écoulement continuel per le nez, de matières si âcres que, non-seulement les narines, les lèvres et les joues en sont excoriées, mais encore les mains des personnes qui touchent à cette matière. On a vu des malades en avaler une si grande quantité, que cela leur occa-

sionnait des coliques très-vives, des déjections très-fréquentes, et même l'excoriation de l'anus; le pouls petit, inégal et fréquent; l'haleine horriblement fétide; l'expression du visage éteinte.

Une grande surface est-elle gangrénée, il est peu d'espoir pour la vie du malade, dont la mort a ordinairement lieu du neuvième au quinzième jour; dans le cas contraire, de petites escharres se détachent, une suppuration peu abondante s'établit, et la plaie se cicatrise au bout de quelques jours.

On observe que lorsque la palato-laryngite se termine par gangrène, cette maladie règne ordinairement épidémiquement, et se complique de symptômes adynamiques et ataxiques; que cette terminaison peut avoir lieu chez tous les individus, mais que les enfans, les femmes, les personnes d'un tempérament lymphatique, et celles qui sont affaiblies par de longues maladies, y sont plus exposées, toutes choses égales d'ailleurs En 1799, les militaires antérieurement attaqués de dysenterie, de scorbut et de syphilis, en ont donné un triste exemple dans les hôpitaux de Montpellier; d'où, et d'après nos observations dans les hôpitaux, nous concluons que cette terminaison n'est pas tant due à l'inflammation ou à la nature gangréneuse de l'inflammation, comme on l'écrit, qu'au défaut d'énergie de la vie chez les individus, concomitant avec l'inflammation, et par conséquent au défaut de résistance et de cohésion suffisante dans la fibre organique; doctrine qui me paraît d'accord avec le mode de traitement consacré par l'expérience pour en borner les progrès; bien différente, dans ce cas, de la gangrène, qui résulte de ces étranglemens et de ces tuméfactions, où, par son propre excès, la vie est enrayée, se détruit et meurt. Dans le premier cas, la gangrène fait des progrès rapidement mortels, si on ne se hâte de lui opposer les toniques les plus énergiques; dans l'autre, elle se borne souvent d'elle-même, à moins qu'il n'y ait complication de la phlegmasie de quelques organes importans, ou que la vie de l'individu ne soit pas en rapport avec l'étendue des désordres résultant de ces étranglemens, ou bien encore que l'organisme soit sollicité vers cette ter-

minaison par quelque influence physique, cas dans lequel il faut également se hâter de recourir au tonique par excellence.

Dans l'un, la vie est languissante dans tous les organes dont les tissus ne sont pas au degré de cohésion nécessaire; dans l'autre, la vie est dans toute sa plénitude avec excès local, qui détruit la cohésion, et la résistance d'un plus ou moins grand nombre de parties qui se trouvent comprises dans l'étranglement ou la tuméfaction, et rend par cela même leur réaction impuissante. La gangrène sénile pourrait-elle être attribuée à la première de ces causes, jointe au défaut d'énergie ou à une lésion quelconque de l'arbre circulatoire? C'est ce que nous pensons. Au reste, cette théorie nous paraît applicable à la production de la gangrène sous toutes les formes.

La palato-laryngite peut être compliquée de toutes les phlegmasies, ou seulement consécutive à ces phlegmasies.

Dans le premier cas, on a remarqué que plus la plegmasie est intense, et moins la palato-laryngite offre de gravité; et dans le second, qu'étant plutôt un symptôme, on ne devait y faire attention que lorsqu'elle devenait intense.

Prognostic. Le prognostic de la palato-laryngite diffère suivant l'intensité des symptômes, que l'inflammation occupe plus ou moins de parties; selon la nature et le caractère de la maladie qui la complique, et que la maladie offre plus ou moins de résistance vitale, et encore à raison du traitement qu'on aura mis en usage.

Chez les enfans d'une extrême débilité, l'issue est presque toujours funeste.

Lorsque la palato-laryngite est légère, sa terminaison est toujours heureuse, lors même qu'elle serait abandonnée à la nature. Si, au contraire, elle est violente, elle peut avoir, malgré les secours de l'art les mieux dirigés, les suites les plus fâcheuses.

D'après ce que nous venons de dire au sujet des différentes complications de la palato-laryngite, il sera facile d'augurer de sa terminaison, selon que les secours convenables auront été adminis-

trés au malade, ou qu'il n'aura reçu que des soins tardifs ou peu conformes aux préceptes de l'art.

Caractères anatomiques. La palato-laryngite, accompagnée ou non de quelques phlegmasies, peut se terminer d'une manière funeste; alors, à l'ouverture du cadavre, on ne retrouve pas toujours les traces de l'inflammation, de sorte que la membrane muqueuse du voile du palais, de ses piliers, des amygdales, du pharynx et du larynx, qui, avant la mort, était d'un rouge écarlate, se trouve souvent pâle et décolorée; dans le cas contraire, et lorsque les traces de l'inflammation persistent, on rencontre, avec de la rougeur, la membrane muqueuse gonflée, ulcérée, suppurée et quelquefois gangrénée, ou recouverte d'une couche membraniforme qui offre différens aspects, suivant le degré de la maladie.

Disposée tantôt par plaques et tantôt en nappe, cette couche membraniforme s'étend sur le voile du palais, les amygdales, le pharynx et le larynx, ou ne s'aperçoit que d'un côté seulement, bornée par la ligne médiane. Dans le cas de trachéo-bronchite, on l'a vue pénétrer jusque dans les divisions des bronches. Après avoir remonté derrière le voile du palais jusque dans les fosses nasales, on l'a vue s'insinuer dans les sinus frontaux, et quelquefois descendre dans les voies digestives jusque dans l'estomac. Souvent on a rencontré la trompe d'*Eustachi* gonflée et obstruée par des mucosités à des degrés différens de concrétion.

La langue est parfois marbrée de rouge et de violet, les cryptes muqueuses développées; le voile du palais, les amygdales, le pharynx et le larynx offrent une couleur violacée et noire; les tissus sont gorgés de sang.

Si donc, comme on ne peut en douter, la palato-laryngite s'observe, quoique rarement, à moins que, comme nous l'avons déjà dit, elle ne règne épidémiquement avec la gangrène des parties. MM. *Roche et Sanson* ont hasardé, en écrivant, que nulle part on ne rencontre des traces de gangrène; et partout, au contraire, celles de

l'inflammation. MM. *Guersent*, *Bretonneau* et d'autres pathologistes non moins recommandables en citent des exemples, et cinq fois nous avons observé et vérifié cette terminaison.

Comme la terminaison de cette phlegmasie par gangrène est en effet rare, il paraît que MM. *Roche* et *Sanson* ne l'auront pas observée dans leur pratique; mais il nous semble que ce n'était pas là une raison plausible d'en inférer qu'elle n'avait jamais cette terminaison, et d'infirmer d'une manière aussi absolue les assertions du père de la médecine, de *Mercatus*, *Wierus*, *Cortesius*, *Sgamambatus*, *Ætius*, *Cletus*, *Rammazzini*, *Boërhaave*, *Chomel*, *Huxham*, *Fothergil*, etc., qui l'ont observée et décrite avec autant de soin et de savoir que peu de prévention ; d'ailleurs, avant que d'affirmer ainsi, ces messieurs auraient dû consulter les descriptions qui en ont été faites lorsqu'elle a régné épidémiquement en Espagne, où elle était connue sous le nom de *garrottillo;* à Malte, à Naples, en Sicile, etc., et surtout à Paris, vers le milieu du dix-huitième siècle.

Traitement. Le tempérament du malade, l'âge, le sexe, l'intensité de la phlegmasie, sa terminaison probable, la nature des causes qui l'ont produite, sont les considérations notables qui modifient et font varier le traitement de la palato-laryngite.

Légère, la palato-laryngite se dissipe ordinairement d'elle-même, ou n'exige que l'emploi de moyens simples, tels que bains de pieds, gargarismes faits avec la décoction d'orge, le miel rosat et le vinaigre; quelques cataplasmes émolliens, ou seulement de la laine ou une fourrure autour du cou. Mais pour peu qu'elle soit intense et qu'on ait à redouter les différentes formes que nous lui avons assignées dans notre description, et surtout la terminaison par gangrène, il faut alors avoir recours à une médication plus énergique.

Les émissions sanguines tiennent le premier rang parmi les moyens à employer, et *Boërhaave* prétend que l'on doit saigner : *Eousquè ut debilitas, pallor, refrigeratio, vasorum collapsus doceant vim superstitis non posse augere tumorem et rigiditatem vasculorum.* Son commentateur

ajoute : *Ad animi ergo deliquium usque sanguinem mittere conducet, sed præsente medico semper, ut dum ex pulsu vacillante, pallore oculorum, labiorum, etc., instare animi deliquium viderit ulteriorem sanguinis vacuationem prohibere possit. Si autem recrudescant minacis morbi symptomata, repetenda erit venæ sectio illicò. Cùm nullam moram ferat tam citò lethalis morbus. Præstat enim ut exhaustus sanguine langueat aliquandiù æger, quam ut suffocetur miserrimè.* (Comm., in Aphor. 809.)

Zacutus Lusitanus parle d'une femme qui, enceinte de sept mois, ne fut guérie d'une palato-laryngite que par sept saignées faites dans le même jour. Le même *Zacutus* ouvrait les jugulaires dans les angines qui menaçaient de suffocation, et *Heister* loue ce moyen. (*Prax. admirand., cap.* 135.)

Nous ne partageons pas l'opinion de *Boërhaave* et de son commentateur, de saigner *ad animi deliquium usque*, etc., parce que l'expérience nous a appris qu'il n'était pas toujours sans danger d'en agir ainsi, et que souvent, malgré les soins les plus minutieux, on a bien de la peine à rappeler le malade de cet état accidentel de vie et de mort, si nous pouvons nous exprimer ainsi ; et, dans un cas d'urgence, nous pensons qu'il serait plus sage et plus rationnel de suivre la conduite de *Zacutus Lusitanus*, en ne faisant que de petites saignées qu'on répéterait deux, trois, et même six fois dans le même jour, suivant que le comporteraient les forces, l'état pléthorique du malade, l'intensité et la persistance des symptômes locaux et généraux. D'ailleurs, il suffit qu'il puisse résulter un accident de la pratique exagérée de *Boërhaave* et de son commentateur pour la faire, sinon rejeter, du moins modifier. En outre, nous pensons que tous les individus ne doivent pas être également saignés. Au reste, il est à présumer que *Boërhaave* et *Van-Swiéten* n'ont été si exagérés sur la saignée que pour mieux faire comprendre toute l'importance des émissions sanguines dans la curation de cette phlegmasie ; car nous ne leur ferons pas l'injure de supposer que leur doctrine, dans ce cas, soit fondée sur un préjugé dangereux, sans doute accrédité et répandu dans le monde par des médecins ignorans, inexpérimentés,

à l'époque de l'art dans son enfance, savoir : que la saignée ne produit de bons effets que lorsqu'elle est poussée jusqu'à la syncope.

Ferrago dit, au sujet de la saignée des ranines : *Venæ sectio in ranulâ omnes ferè anginas extollunt;* et il ajoute : *Quidam in vena jugulari phlebotomia in pede alterutris præferri debet ob majorem revulsionem.* Cependant *Hippocrate, Barbette, Sydenham* et *Van-Swiéten* préfèrent la saignée du bras. Nous pensons que lorsque la palato-laryngite est due à la suppression ou au retard des règles, c'est la saignée du pied qu'il est préférable de pratiquer; néanmoins, dans un cas de cette espèce, nous avons obtenu d'excellens et prompts effets chez mademoiselle Lemonnier, couturière, d'un tempérament sanguin, de l'application plusieurs fois répétée d'un grand nombre de sangsues sous la langue.

Cette demoiselle, dont les règles avaient été subitement supprimées six mois auparavant, au sujet d'une frayeur qu'elle nous dit avoir éprouvée, fut prise d'une palato-laryngite avec complication de gastrite et peut-être de gastro-entérite, car l'abdomen était douloureux à la pression.

Traitée d'abord par les vomitifs et les drastiques, plusieurs fois répétés, par un médecin du quartier, dont nous tairons le nom, cette phlegmasie fit bientôt de rapides progrès sous l'influence de cette médication, et la langue, le voile du palais, les amygdales et le pharynx étaient recouverts de plaques ulcéreuses d'où s'écoulait une sanie horriblement fétide, et en si grande abondance que la malade était obligée d'avoir la bouche continuellement béante pour en permettre l'écoulement.

Depuis, et long-temps après la médication vomitive et drastique, la malade avait de fréquens vomissemens avec un poids extrêmement fatigant (ce sont ses propres expressions) à l'épigastre, sensible à la moindre pression.

Sur le rapport de la malade, nous jugeâmes la gastrite ou la gastro-entérite consécutive à la palato-laryngite, et peut-être développée sous l'influence de la médication drastique.

Des sangsues sous la langue, sur les côtés du cou, à trois reprises

différentes, puis à l'épigastre, à l'anus, aidées de boissons adoucissantes, améliorèrent bientôt son état, et dissipèrent en quinze jours les symptômes inflammatoires ; alors la malade, dont la déglutition et la mastication d'alimens solides étaient impossibles, demanda à manger : nous lui permîmes seulement une crème de riz.

Comme l'époque des règles approchait, nous recommandâmes l'application de dix sangsues à la vulve, qu'on répéta deux fois, des bains de siége, des sinapismes à la partie supérieure et interne des cuisses, de la vapeur d'eau dirigée dans le vagin au moyen d'un tuyau en fer-blanc, surmonté par un petit tube d'ivoire pour obvier au déchirement des parties, et, quinze jours après l'emploi de ces moyens, les règles parurent et coulèrent abondamment pendant vingt jours ; depuis lors elles ont repris leur périodicité, et mademoiselle Lemonnier, qui d'ailleurs demeure rue de la Montagne-Sainte-Geneviève, n°. 24, jouit d'une parfaite santé.

Les avantages qu'on retire chaque jour des saignées locales sont incontestables.

Hippocrate vante les ventouses scarifiées dans les lieux voisins de la gorge comme moyen dérivatif et évacuant. *Aurélianus* scarifiait le pharynx, la luette, les amygdales et la langue. *Méad* les approuve, et *Baglivi* dit : *Si angina verè inflammatoria ut vocant sanguinea, binâ sanguinis missione non sedat, cucurbitulas scarificatas imperato, et in melius statim abibit, ut pluriès vidimus.* Celse dit aussi : *Ultimum est incidere satis altis plagis sub istis maxillis supra collum, et in palato circa uvam vel eas venas, quæ sub linguâ sunt, ut per ea vulnera morbus erumpat : quibus si æger non adjuvatur, scire licet à morbo victum esse.*

Sans contester les bienfaits que les scarifications ont procurés entre les mains des praticiens justement célèbres que nous venons de citer, nous avons toutefois l'opinion qu'on doit les réserver pour les cas où les parties sont fortement tuméfiées, surtout la méthode d'*Aurélianus;* et que, dans les cas contraires, on peut les remplacer d'une manière avantageuse et moins douloureuse par les sangsues sur les parties supérieure, antérieure et latérales du cou. *Selle* les recomman-

dait expressément dans la pharyngite ; et *Cullen*, qui en a expérimenté un grand nombre de fois les bons effets, conseille même de les appliquer sur les amygdales, si la tumeur est considérable; mais nous croyons que, dans ce cas, les scarifications seraient préférables. D'ailleurs, le mode d'action des sangsues n'est-il pas, en définitive, le même que celui des scarifications, et l'expérience ne confirme-t-elle pas journellement les précieux services de ce petit animal? Mais il faut en entretenir pendant long-temps l'écoulement si l'on veut en obtenir de bons résultats. Dans ce cas, il nous paraît avantageux de n'appliquer d'abord, suivant les individus et leur âge, qu'une partie des sangsues qu'on ordonnerait en une seule fois dans la pratique contraire, et de les remplacer un plus ou moins grand nombre de fois, au fur et à mesure que l'écoulement des piqûres premières s'arrêterait ou menacerait de tarir, suivant l'émission sanguine qu'on aurait jugée nécessaire. Cette pratique nous a heureusement réussi dans le traitement d'une arachnoïdite, et bien qu'en même temps nous ayons employé la glace pilée sur la tête et les pédiluves fortement sinapisés, nous ne lui en attribuons pas moins une bonne partie du succès. Au reste, nous pensons que lorsque les symptômes locaux et généraux sont pressans, et que surtout les individus sont pléthoriques, il est nécessaire de faire précéder les émissions sanguines locales par une ou deux saignées générales.

C'est ici le lieu de nous occuper d'un point de doctrine important sur les effets consécutifs de la saignée, employée indistinctement; effets que nous avons plusieurs fois observés.

1°. La saignée, pratiquée et surtout répétée sur un individu lymphatique ou affaibli par d'autres maladies, loin d'être, dans la majorité des cas, favorable à la résolution d'une phlegmasie, ne sert, au contraire, qu'à en favoriser la terminaison par induration, à moins que la phlegmasie ne soit à un certain degré d'acuité.

2°. Pratiquée sur un individu dont le système nerveux est prédominant, ou, en d'autres termes, d'un tempérament nerveux, la saignée, loin d'être avantageuse dans tous les cas, ne sert souvent qu'à

développer des accidens nerveux toujours redoutables, et à plus forte raison dans le cas de phlegmasie.

3°. Utile dans presque tous les cas chez les individus pléthoriques, la saignée suscite chez eux les mêmes accidens nerveux lorsqu'elle est répétée et poussée à l'excès, comme nous en avons vu quelquefois des exemples. Pourrait-elle développer les mêmes accidens nerveux chez des individus d'un tempérament lymphatique, etc.? c'est ce que l'expérience ne nous a pas appris, et qu'on peut cependant présumer.

Dans les deux premiers cas, les saignées locales, au moyen des sangsues et des scarifications, suivant les indications que nous avons établies plus haut, pages 25 et 26, nous paraissent, ensuite des motifs sus-énoncés, devoir être exclusivement employées, parce qu'à l'avantage de servir au dégorgement des organes et d'en faciliter l'action enrayée, elles joignent celui, non moins précieux, de la dérivation par l'irritation consécutive dont elles deviennent le siége; ces distinctions sont d'ailleurs applicables à presque toutes les phlegmasies.

Pour seconder les évacuations sanguines dans les phlegmasies de la tête et de la gorge, *With*, *Sims*, *Lind* et *Fouquet*, conseillent les pédiluves et les fomentations, aiguisés avec de la farine de moutarde, parce qu'en détournant de la gorge et de la tête les mouvemens trop impétueux du sang, ils en facilitent au contraire la direction vers les extrémités inférieures, et contribuent ainsi à diminuer le gonflement des parties.

Tout en reconnaissant l'efficacité de ce moyen thérapeutique, nous pensons qu'on doit s'abstenir de l'addition des sinapismes, etc., toutes les fois que la phlegmasie est à un haut degré d'acuité, qu'on a affaire à des individus, et surtout à des enfans trop irritables, parce que, dans ces cas, nous avons vu les pédiluves sinapisés aggraver presque constamment les symptômes locaux et généraux.

On aide l'action de ces moyens par la diète la plus sévère, pendant toute la période d'acuité, l'usage de décoctions émollientes et mucila-

gineuses que le malade garde le plus de temps possible au fond de la bouche, à titre de bain local, avec la précaution de ne pas s'en gargariser, comme le recommande *Rivière*, afin de ne pas mettre en mouvement des parties dont le repos est si nécessaire; par les boissons délayantes, adoucissantes et mucilagineuses; le silence absolu, la situation élevée de la tête, un air ni trop chaud ni trop froid; par le soin de rendre aussi peu fréquens que possible les efforts inutiles de déglutition et d'expuition auxquels le malade est, comme malgré lui, sollicité; les cataplasmes autour du cou, les fumigations émollientes ou seulement la vapeur d'eau bouillante, comme le veut *Cullen*.

Mais si le danger de la suffocation était imminent ou à craindre, nous pensons que ces derniers moyens pourraient avoir des inconvéniens dépendant de la chaleur des cataplasmes ou du liquide en évaporation qui, en augmentant le gonflement, accroîtraient la difficulté de la respiration, et qu'ainsi, on ne doit les employer qu'avec beaucoup de circonspection, en ayant soin surtout de n'élever que le moins possible la température du liquide et des cataplasmes qui, d'ailleurs, sont plus spécialement avantageux lorsque, malgré tous les moyens employés, la phlegmasie persiste et tend à la suppuration; alors il se forme des abcès qu'on doit se hâter d'ouvrir.

Pour ouvrir ces abcès, *Hippocrate* recommande de se servir du doigt, et suivant *Mesué*, le doigt aurait plusieurs fois suffi; mais *Fabrice d'Aquapendente* observe avec raison que cela ne peut avoir lieu que lorsque l'ongle est long et solide. Dans presque toute l'Europe, la longueur des ongles n'est plus un signe d'opulence et de noblesse; il n'y est plus reçu de les avoir assez longs pour remplacer le bistouri ou le pharyngotome; c'est pourquoi cette pratique orientale doit être abandonnée à sa patrie, pour ne se servir que du bistouri droit, enveloppé d'un linge jusqu'à quatre ou cinq lignes de son extrémité, qu'on dirige à l'aide du doigt indicateur, ou bien encore du pharyngotome.

Si les abcès se déclaraient à l'extérieur, ce seraient encore les mêmes moyens qu'on emploierait; mais le bistouri droit ou la lancette se-

raient spécialement employés pour en faire l'incision, qu'on aura soin de pratiquer, autant que possible, et que le permettra le siége de l'abcès et le voisinage des artères, dans le lieu le plus déclive et de dedans en dehors, dans la direction parallèle à l'axe du corps, autant que le comportera celle des fibres musculaires du peaussier.

Lorsque l'inflammation est calmée par les évacuations sanguines, les boissons adoucissantes, mucilagineuses, etc., il faut purger, dit *Rivière*. *Trallianus*, *Sydenham*, et avant eux *Hippocrate*, purgeaient après avoir ouvert la veine.

Nous n'adoptons pas entièrement la pratique de ces auteurs, et nous devons à ce sujet compte de notre opinion.

1°. Nous pensons que lorsque la phlegmasie tend à la résolution. on est sur le point d'être à la fin de cette heureuse terminaison, il est au moins inutile, pour ne pas dire intempestif, d'administrer les purgatifs, surtout si l'on a affaire à un sujet pléthorique ou nerveux, et que la constitution atmosphérique soit catarrhale, parce que, dans ce cas, les drastiques, quelques légers qu'ils soient, pourraient arrêter la résolution, aviver la phlegmasie, susciter des accidens nerveux ou provoquer une gastrite ou une gastro-entérite, qui viendraient compliquer la maladie d'une manière plus ou moins dangereuse, ainsi qu'on en a des exemples.

2°. Que cette médication doit être réservée, concurremment employée avec les saignées locales, pour les cas où la phlegmasie est passée ou menace de passer à l'état chronique, à celui d'induration. Pour les sujets d'un tempérament lymphatique, affectés de cette maladie, et chez lesquels les phlegmasies sont languissantes par défaut de réaction, si nous pouvons nous exprimer de la sorte. Dans ce cas, les toniques et les excitans conseillés par M. *Guersent*, au sujet de son angine asthénique, nous paraissent devoir produire de bons effets.

3°. Ces distinctions sont, au reste, en tout applicables à la médication émétique, employée à la dose purgative ou vomitive que les,

praticiens ont mise en usage avec plus ou moins de succès, à moins, toutefois, que la palato-laryngite ne soit à l'état pseudo-membraneux ou œdémateux, cas dans lesquels nous la regardons comme spécialement applicable sous les deux formes, mais surtout à la dose vomitive, répétée un plus ou moins grand nombre de fois, suivant les cas et la persistance de ces symptômes.

Les lavemens irritans ou drastiques paraissent être d'une grande utilité comme révulsifs. Van-Swiéten dit : *Ubi autem deglutitio simul sic impedita est, ut purgantia ore haurire nequeant, ægri eâdem triplicatâ, vel quadruplicatâ dosi clysmatis formâ injectâ effectum præstant.*

Bien que les drastiques sous forme de lavemens nous paraissent moins propres à susciter ou développer les accidens que nous avons signalés plus haut, pages 29, au sujet des purgatifs, et que, par conséquent, ils soient d'une utilité plus générale, nous pensons cependant que, hors le cas indiqué par Van-Swiéten : *Ubi autem deglutitio simul sic impedita est*, etc., on doit encore avoir égard, quoique d'une manière moins rigoureuse, aux distinctions que nous avons établies, comme nous venons de le dire, au sujet des drastiques administrés par la bouche.

Lorsque le gonflement est considérable, et encore lorsque la maladie est passée à l'état chronique ou qu'elle existe à l'état œdémateux, on retire d'excellens avantages du liniment volatil, formé avec deux parties d'huile de lin et une partie d'amoniaque liquide, dont on imbibe une flanelle avec laquelle on entoure le cou; d'un large vésicatoire étendu sur toutes les parties du cou, comme le conseillent *Selle* et *Stoll*, ou bien à la nuque, comme le veut *Cullen*.

S'il y avait ulcération de la membrane ou carie des cartilages, les vésicatoires pourraient-ils établir une révulsion assez puissante? C'est ce que nous ne nous permettrons pas de décider; mais, dans le cas contraire, des sétons ou des moxas légers pourraient, ainsi que l'observent *Roche* et *Sanson*, les remplacer avantageusement. Enfin la déglution est-elle difficile, sans être entièrement empêchée? on a expé-

rimenté qu'en respirant de l'alcali volatil, elle devenait aussitôt plus facile.

Lorsque la palato-laryngite est œdémateuse ou pseudo-membraneuse, et que la suffocation est imminente, nous avons déjà dit que les vomitifs étaient indiqués d'une manière spéciale pour, dans un cas, déterminer la résorbtion de la sérosité ou du pus infiltrés, et, dans l'autre, l'expulsion des fausses membranes; et nous devons ajouter qu'on doit poursuivre et répéter avec d'autant plus d'énergie cette médication, que les symptômes de suffocation persistent plus long-temps, au risque même de déterminer une inflammation forte de l'estomac, qu'on aurait ensuite à éteindre en suivant les moyens que prescrit l'art dans cette occasion.

Dans le cas de palato-laryngite œdémateuse, il faut joindre à l'emploi de ces moyens celui proposé par M. *Thuillier*, savoir : la compression exercée de temps en temps avec le doigt sur le bourrelet œdémateux.

M. *Lisfranc* a proposé, pour faciliter le dégorgement des parties, de pratiquer de légères incisions sur l'œdème; mais cette opération, d'une pratique difficile, ne nous paraît pas devoir assurer les avantages que promet son auteur, lorsque nous pensons à la difficulté que nous avons éprouvée avec notre ami *Gerlier*, de Cessy, jeune médecin doué d'un esprit observateur aussi rare que juste, à exprimer sur le cadavre la sérosité de la glotte préalablement incisée; cependant on pourrait tenter ce moyen.

Si, malgré l'emploi des différens moyens dont nous venons de discuter les avantages, les symptômes ne s'amendaient pas, et que la suffocation fût imminente, il serait urgent de tenter l'introduction d'une sonde de gomme élastique dans la trachée-artère par les narines, comme le conseille et l'a pratiqué *Desault*, laquelle sonde, évasée en forme d'entonnoir à son bout extérieur ou libre, serait recouverte d'une gase, afin d'empêcher les molécules étrangères à l'air de pénétrer avec lui dans les poumons. L'introduction d'une pareille

sonde dans l'œsophage et par les mêmes voies, est également nécessaire et recommandée par *Sabatier* dans les cas où la déglutition serait extrêmement difficile ou empêchée, et qu'on ne pourrait pas la rétablir, soit à l'aide des moyens que nous avons déjà étudiés, soit à l'aide de ceux dont nous allons encore nous occuper, afin de faire pénétrer dans l'estomac des liquides nourrisans pour soutenir les forces du malade, et prévenir les progrès hideux du marasme; dans ce cas, les lavemens nourrissans seraient en même temps employés.

Enfin, dans le cas de suffocation persistante, on tenterait le succès de la laryngotomie ou de la trachéotomie, suivant l'indication proposée par *Bayle*, qu'on pratiquerait comme l'indique le célèbre *Richerand*, un des beaux caractères du siècle, dans sa Nosographie chirurgicale.

Le malade, dit ce nosographe, sera couché sur un plan horizontal, la poitrine néanmoins un peu élevée, de sorte que la tête puisse être renversée en arrière autant que le permet la respiration. La partie antérieure du cou étant ainsi rendue saillante, et le malade contenu par des aides, le chirurgien tend la peau avec la main gauche, dont il porte en haut le bord cubital, tandis qu'avec l'autre main, armée d'un bistouri légèrement convexe, il fait une incision verticale sur la partie moyenne du larynx, en la commençant sous la saillie du cartilage thyroïde, et la prolongeant d'un pouce environ. Dans cette incision première, on divise la peau, et l'on tombe sur la ligne celluleuse qui sépare les muscles sterno-thyroïdiens : on porte l'extrémité du doigt indicateur de la main gauche dans la partie moyenne de la plaie; on reconnaît la membrane crico-thyroïdienne à son peu de résistance; on conduit sur l'ongle de l'indicateur la lame du bistouri, tenu horizontalement; on l'enfonce, et l'on coupe transversalement la membrane. Le défaut de résistance et la sortie de l'air par la plaie annoncent que la pointe de l'instrument a pénétrée dans le conduit. On le retire pour lui substituer une canule de métal, à l'aide de laquelle l'air peut entrer et sortir librement : quelques fils et une bande

fixent solidement cette canule, qui doit rester dans la plaie jusqu'à ce que l'entrée et la sortie de l'air soient redevenues faciles par la glotte.

Comme le dit M. *Richerand*, cette opération ne convient que dans les cas où l'obstacle au passage de l'air existe dans la partie supérieure du larynx ; dans les cas contraires, il faut avoir recours à la trachéotomie, qui se pratique de la manière suivante :

L'on commence l'incision, enseigne le professeur *Richerand*, à un pouce environ au-dessous de la saillie du cartilage thyroïde, vis-à-vis l'endroit où le larynx s'unit à la trachée-artère. Dans cette incision longitudinale, prolongée de cet endroit jusque vers le bord supérieur du sternum, on coupe la peau, quelques fibres du muscle peaussier. L'on divise la ligne celluleuse qui sépare les muscles sterno-hyoïdiens et thyroïdiens, ainsi que la partie moyenne de la glande thyroïde ; on tombe par conséquent sur les anastomoses des artères thyroïdiennes d'un côté avec celles du côté opposé, et l'on intéresse le plexus des veines thyroïdiennes, réseau veineux qui sort de la partie inférieure de la glande thyroïde et descend au devant de la trachée-artère. Ce sont ces vaisseaux qui font de la trachéotomie une opération périlleuse. Le sang, en effet, s'écoule en grande quantité; et, soit qu'il s'insinue dans la trachée-artère et détermine une toux suffocative, soit qu'il sorte abondamment par la plaie extérieure, on ne peut ni lier les vaisseaux trop nombreux et trop profondément situés, ni comprimer par le défaut de point d'appui.

Lorsqu'on est arrivé à la trachée-artère, on place le doigt indicateur de la main gauche dans l'angle inférieur de la plaie; il sert de conducteur au bistouri, que l'on porte d'avant en arrière, le tranchant de la lame tourné en haut; on enfonce la pointe dans le canal, et l'on incise en remontant cinq ou six cerceaux cartilagineux, l'ouverture est alors suffisante.

Les dangers qu'entraîne la trachéotomie, continue l'illustre noso-

graphe, par la section inévitable du réseau des veines thyroïdiennes, ont porté quelques praticiens à lui substituer l'incision du cartilage cricoïde, en n'intéressant que les anneaux supérieurs de la trachée-artère. A la faveur de cette modification, on évite la blessure des veines, et l'on ne divise les artères thyroïdiennes que dans l'espèce d'isthme étroit et mince qui unit ensemble les deux lobes de la glande thyroïde. Or, dans cette portion de l'organe, les anastomoses des artères d'un côté avec celles du côté opposé ne se font que par des rameaux d'une excessive ténuité. Dans cette opération moyenne entre la laryngotomie et la trachéotomie, on enfonce la pointe du bistouri, dont le tranchant est tourné en bas, au travers de la membrane crico-thyroïdienne; le sang vient en petite quantité d'une communication qui existe entre les deux thyroïdiennes supérieures à peu près vers la hauteur de l'intervalle crico-thyroïdien. Cette arcade anastomotique est rarement intéressée, lorsqu'on pratique simplement la laryngotomie, si l'on a la précaution de s'assurer, avec la pulpe de l'indicateur porté dans le fond de la plaie, qu'elle est précisément la ligne transversale dans laquelle se font sentir les battemens, puis d'enfoncer la lame de l'instrument porté à plat, soit au-dessus, soit au-dessous de cette ligne.

Après l'opération, on introduit par la plaie, jusque dans le conduit aérien, une sonde dont on recouvre le pavillon avec une gaze pour s'opposer à l'introduction des corps étrangers, et qu'on laisse à demeure jusqu'à ce que les obstacles qui s'opposent à la respiration aient presque entièrement disparu; alors on la retire; puis, après avoir rapproché les bords de la plaie, qu'on maintient dans cette situation à l'aide de bandelettes agglutinatives, et la position à ce favorable de la tête, on panse, et dans quelques jours la plaie est cicatrisée. Toutefois, si la sonde causait trop de gêne et d'irritation, on pourrait s'en dispenser en ayant soin de tenir les bords de la plaie écartés à l'aide également de bandelettes agglutinatives et de la position demi-fléchie de la tête, et de placer par-dessus l'ouverture

restée libre la gaze dont il vient d'être question, si on le juge nécessaire.

Si, pendant la phlegmasie, les amygdales avaient acquis un volume assez gros pour empêcher d'une manière notable la déglutition et la respiration, ou bien si la maladie s'était terminée par induration, et que, malgré tous les moyens rationnels employés pour ramener ces organes à leur volume naturel, ils persistassent dans leur état anormal et impéditif de la déglutition, il faudrait, non pas les détruire par le feu et les caustiques, comme on l'a pratiqué pendant long-temps, mais en faire l'excision de la manière suivante :

Le malade assis sur une chaise en face d'une croisée, la tête inclinée en arrière contre la poitrine d'un aide ; le chirurgien, placé en face, lui fait ouvrir largement la bouche.

Si le malade est indocile, on place un morceau de liége dans chaque angle de la mâchoire ; un aide les assujétit avec les doigts ; la langue est déprimée avec une spatule, ou l'abaisseur de la langue de *Florian Lemaître*.

Si l'on doit faire la résection des deux amygdales, on commencera par celle du côté gauche. Le chirurgien la saisit avec une airigne double, un peu d'arrière en avant, et tenant à la main un bistouri boutonné, comme une plume à écrire ; il le porte dans l'arrière-bouche, et incise de bas en haut, de droite à gauche, en ramenant insensiblement la main de la supination en demi-pronation, faisant ainsi décrire à l'instrument un arc de cercle.

Quand on excise l'amygdale droite, on porte au contraire la main en pronation, et on la ramène insensiblement entre la pronation et la supination, en incisant de bas en haut et de gauche à droite. On peut aussi se servir de ciseaux droits ou recourbés sur le plat.

Il n'y a pas d'inconvénient à laisser saigner pendant quelque temps. On fait prendre des gargarismes acidulés ou émolliens, et si l'hémorrhagie est opiniâtre, on a recours aux astringens.

Dans la palato-laryngite, la luette peut rester engorgée, et passer

à l'état d'induration, ou bien seulement perdre de sa contractilité. Dans les deux cas, elle touche la base de la langue, descend même jusque dans la gorge, suscite des mouvemens continuels de déglutition, et provoque une toux fatigante, ainsi que nous l'avons déjà dit : alors si, en portant sur elle des astringens par le moyen des gargarismes ou sur l'extrémité d'une cuillère, on ne parvenait pas à lui faire reprendre son volume et sa position naturels, il faut en faire l'excision, qu'on pratiquera comme il suit :

Le malade est assis sur une chaise en face d'une croisée, la tête inclinée en arrière contre la poitrine d'un aide. Le chirurgien, placé en face, lui fait largement ouvrir la bouche ; et si le malade est timide ou indocile, on la maintient ouverte, comme il a été dit à l'occasion de l'opération des amygdales. La langue est également assujétie, si on le juge nécessaire.

Le chirurgien saisit, avec une pince à anneaux, et mieux avec une petite pince droite à polype, l'extrémité flottante de la luette, et la fixe ; tandis qu'avec des ciseaux droits ou recourbés sur leur plat, bien affilés, tenus de la main droite, et dirigés horizontalement un peu de droite à gauche ; il la retranche d'un seul coup, le plus près possible de sa base : il n'y a pas d'hémorrhagie à craindre. Si cependant l'écoulement se prolongeait trop long-temps, on ferait prendre quelques gargarismes astringens, qu'on rendrait émolliens si l'inflammation devenait trop forte.

La palato-laryngite se termine-t-elle, ou menace-t-elle de se terminer par la gangrène, alors il faut promptement recourir aux toniques et aux antispasmodiques. Ainsi on emploiera le vin pur, celui de quinquina ; les potions cordiales, le kina en substance ou uni aux acides, la quinine ou le sulfate de quinine ; les lavemens préparés avec le kina, et l'addition de quelques gouttes de camphre, les frictions avec la teinture de quinquina.

Les tisanes de serpentaire de Virginie, de quassia amara ; de fleurs d'arnica, etc., seront prescrites aux malades.

Il ne suffit pas de traiter les symptômes généraux qui caractérisent cette terminaison ; il faut encore donner des soins à l'affection locale. On prescrira en conséquence les gargarismes toniques. Si le malade ne peut se gargariser, on dirigera la liqueur, avec une seringue, sur les parties qu'on touchera de temps en temps avec un pinceau trempé dans un mélange d'acide sulfurique, à la dose de trente gouttes pour une once de miel rosat.

Raulin assure que, lorsque les escharres sont profondes, et qu'elle se détachent difficilement, les scarifications, suivies de l'application du collyre de *Lanfranc*, au moyen d'un pinceau, lui ont parfaitement réussi.

Huxham a employé avec succès les vapeurs de roses de provins, de fleurs de camomille, de camphre et de myrrhe, dirigées sur la gorge. Il conseille aussi les vésicatoires au cou ; mais *de Hérédia* prétend que ce moyen est plutôt pernicieux.

Tous les praticiens s'accordent sur l'efficacité des excitans dérivatifs, et recommandent les sinapismes à la plante des pieds et les vésicatoires camphrés aux jambes et aux cuisses.

Lorsque la palato-laryngite est passée à l'état chronique, ou que, n'ayant pas pu se développer jusqu'au degré d'acuité, elle demeure comme stationnaire et languissante (angine asthénique de M. *Guersent*), il faudra se conduire comme nous l'avons indiqué pages 26, 27 et 29. Nous ajouterons seulement que la diète sera beaucoup moins sévère qu'à l'état aigu, sans que pour cela le régime soit absolument le même qu'en état de santé.

La palato-laryngite affiche-t-elle le type intermittent, comme *Schwilgué* et *Jurine*, dans leur Mémoire sur l'angine pseudo-membraneuse ou croupale, MM. *Roche* et *Sanson*, dans leurs nouveaux Élémens de pathologie, en rapportent des exemples, le quinquina, la quinine, le sulfate de quinine, seront prescrits pendant l'intermission. MM. *Roche* et *Sanson* disent que, d'après leurs conseils, les

antiphlogistiques, les vomitifs et les révulsifs ont en outre été employés avec fruit pendant l'accès.

Pressé de terminer nos études médicales, nous avons choisi pour sujet de notre dissertation inaugurale la palato-laryngite, que nous avons traitée avec trop de précipitation, empêché que nous sommes par des motifs, que nous aimons toutefois à respecter, d'exposer les considérations que nous méditions depuis long-temps sur l'influence de la servitude, de la tyrannie et de la liberté, etc., etc., sur le développement physique et moral de l'homme, et sur sa santé, considérations que nous nous proposions de publier aujourd'hui.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

II.

In ætatibus autem talia eveniunt. Parvis quidem et recens natis pueris aphthæ, vomitus, tusses, vigiliæ, pavores, umbilici inflammationes, aurium humiditates. *Sect.* 3, *aph.* 24.

III.

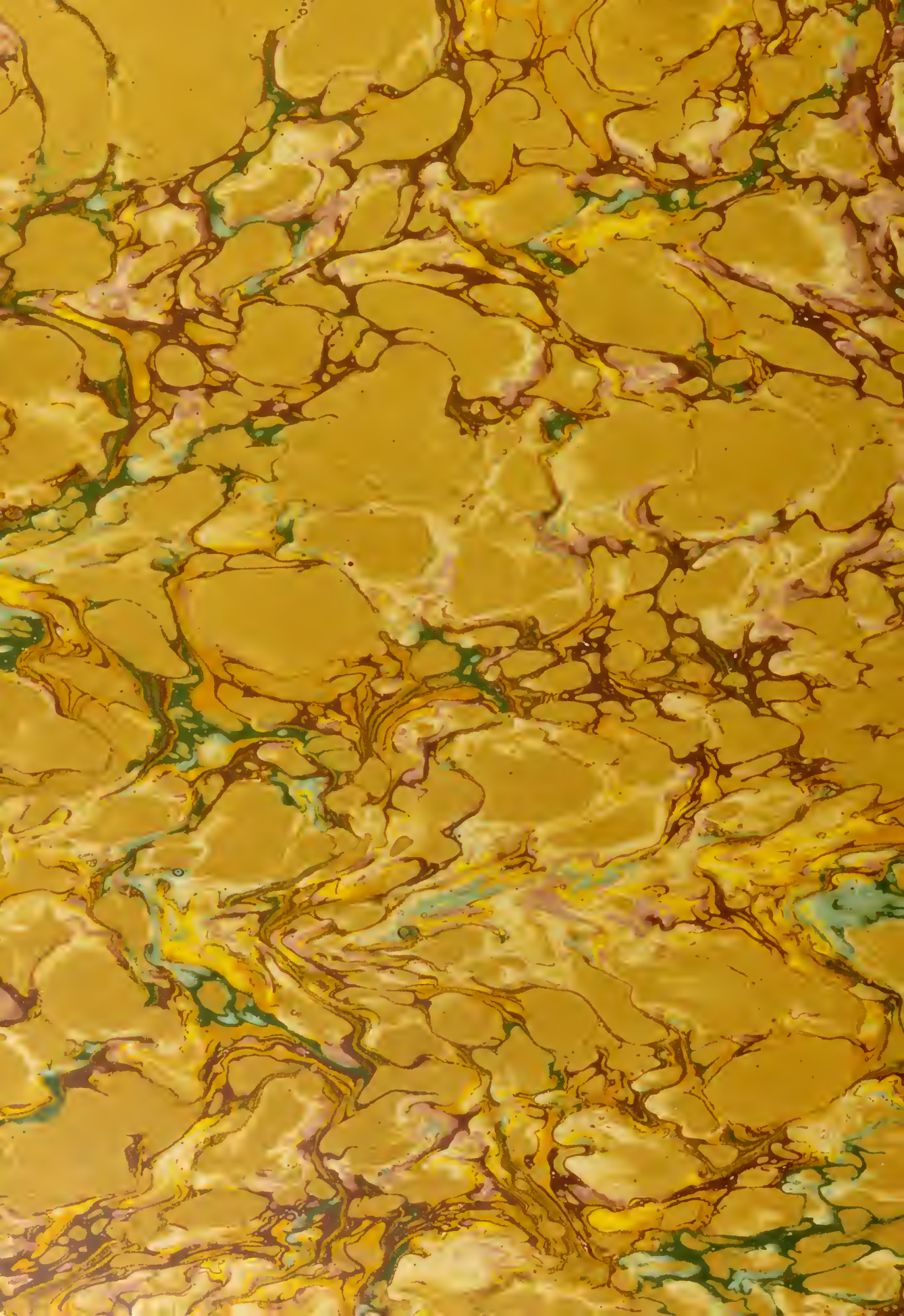
Puer non laborat podagrâ, ante Veneris usum. *Sect.* 6, *aph.* 30.

IV.

Ad dentitionem verò accedentibus gengivarum pruritus, febres, convulsiones, alvi profluvia; et maximè ubi caninos dentes producunt, et iis qui inter pueros sunt crassissimi, et qui alvos duras habent. *Sect.* 3, *aph.* 25.

V.

Qui à tetano corripiuntur, in quatuor diebus pereunt; si verò hos effugerint, sani fiunt. *Sect.* 5, *aph.* 6.

VI.

Apoplectici autem fiunt maximè, ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.